



DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES  
CHILDREN'S ADMINISTRATION  
**INFORME MÉDICO DE SOLICITANTE ADOPTIVO  
CONFIDENCIAL**  
ADOPTIVE APPLICANT MEDICAL REPORT CONFIDENTIAL

FECHA:

MÉDICO		DEVOLVER A:	
DIRECCIÓN:			
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	
NOMBRE DEL SOLICITANTE:			
Por la presente autorizo a mi médico a ceder al Departamento de Servicios Sociales y de Salud toda la información, incluyendo la información en los incisos a continuación que tengan mis iniciales.			
_____ FIRMA DEL SOLICITANTE:			
El solicitante indicado anteriormente ha solicitado la adopción de un menor(es) a través de nuestra agencia. Debemos saber si este solicitante tiene cualquier enfermedad crónica, contagiosa o discapacitante que pueda interferir con el cuidado apropiado de un menor o menores a largo plazo. En particular, debemos saber si el solicitante tiene antecedentes de <input type="checkbox"/> enfermedad mental, <input type="checkbox"/> consumo de alcohol o drogas, <input type="checkbox"/> abuso sexual y/o físico, <input type="checkbox"/> violencia doméstica.			
FECHA INICIAL DE CONSULTA:		FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO:	
ESPECIALISTA AL CUAL FUE DERIVADO:		DIRECCIÓN DEL ESPECIALISTA:	
MOTIVO DE LA DERIVACIÓN:			
ANTECEDENTES CLÍNICOS IMPORTANTES:			
DIAGNÓSTICO CLÍNICO ACTUAL:			
MEDICAMENTO(S) ACTUAL(ES):			
PRONÓSTICO:			
COMENTARIOS O IMPRESIONES:			
FIRMA DEL MÉDICO;			FECHA